13

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 31 Octobre 1900, à 1 heure

Par RAOUL DELCAMP

Né à Alger, en 1873.

DES

Difficultés du Diagnostic DE L'APPENDICITE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.
BROCA et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
L. BOYER
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15
—
1900

13

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 31 Octobre 1900, à 1 heure

Par RAOUL DELCAMP

Né à Alger, en 1873.

DES

Difficultés du Diagnostic DE L'APPENDICITE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.
BROCA et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
L. BOYER
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15
—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LEDENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
	GAUCHER.	
ACHARD.	GILLES DE LA TOURETTE.	ROGER.
ALBARRAN.	HEIM.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HARTMANN.	TEISSIER.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIERY.
BROCA Auguste.	LAUNOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LEGUEU.	THOINOT.
CHARRIN.	LEJARS.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEPAGE.	VARNIER.
DELBET.	MARFAN.	WALLICH.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALTHER.
DUPRÈ.	MENETRIER.	WIDAL.
FAURE.	MERY.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leursauteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à la Charité

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Dans cette thèse, nous nous proposons de faire ressortir les difficultés et quelquefois l'impossibilité devant lesquelles on se trouve pour établir, d'une façon ferme, le diagnostic de l'appendicite. Nous rechercherons d'où viennent ces difficultés et comment on peut quelquefois les surmonter ou les tourner.

Nous montrerons : 1° La nécessité d'un diagnostic bien établi pour exercer une action fertile en bons résultats.

2° Le danger qu'il peut y avoir à opérer sans être sûr de son diagnostic.

3° La possibilité, malgré l'aphorisme célèbre de mourir d'appendicite, sans que personne en soit responsable, si ce n'est l'état insuffisant de nos connaissances actuelles.

Nous commencerons donc par exposer les variations de rapports de l'appendice, ce qui nous éclairera sur les symptômes quelquefois contradictoires que l'on trouve dans l'appendicite.

Nous étudierons la symptomatologie de l'appendicite telle qu'elle se trouve exposée dans tous les classiques. Nous citerons ensuite des observations où les symptômes ont été insuffisants ou étrangers en apparence à l'appendicite, puis nous ferons ressortir comme conclusion, la nécessité et l'avantage d'un bon diagnostic pour établir un traitement rationnel.

Nous ne voulons pas quitter cette Faculté sans adresser à tous nos maîtres l'expression de notre profonde reconnaissance et nous les remercions des peines qu'ils ont prises pour nous initier aux diverses sciences médicales.

Nous adressons tous nos remerciements à M. le docteur Barié qui nous a admis à suivre ses intéressantes visites aux lits des malades ; ainsi qu'à M le docteur Oulmont dont l'enseignement clinique nous fut aussi utile qu'agréable. M. le professeur agrégé Peyrot a aussi droit à toute notre reconnaissance et nous nous souviendrons toujours de ses cliniques et de ses intéressantes leçons. M. le professeur agrégé Bar nous a admis à étudier pratiquement l'obstétrique dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, nous le remercions profondément, ainsi que M. le professeur agrégé Vidal dont nous avons suivi les leçons à la maison Dubois.

Enfin nous remercions M. le professeur Tillaux d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse et nous conserverons toujours le meilleur souvenir des cliniques que nous avons suivies dans son service de l'hôpital de la Charité.

CHAPITRE PREMIER

SITUATION ET RAPPORTS DE L'APPENDICE

Peu d'organes ont une situation et des rapports aussi variables que l'appendice iléo-cœcal. Il suit en cela la loi qui régit tous les organes résiduaux sans fonctions définies, vestiges de l'état embryonnaire.

Chez l'embryon il est dans le prolongement du gros intestin et il apparaît au-dessous du foie; au moment du développement interstitiel du colon ascendant, il effectue une migration descendante, tout en se reportant vers la partie interne du cæcum.

Chez l'adulte on le trouve dans la moitié interne de la fosse iliaque droite, sur la limite du détroit supérieur; il est fixé dans cette situation par un repli péritonéal dépendant du mésentère, nommé méso-appendice.

Sa direction par rapport au cœcum peut être interne, externe, ascendante ou descendante, sa longueur est extrêmement variable. On voit quels rapports différents il peut affecter. Ascendant et long, il remontera jusqu'au rein ou jusqu'au foie ; descendant, il se mettra en rapport avec les organes du petit bassin, utérus, annexes, vessie, uretères ; interne, il se mettra en rapport avec la portion terminale de l'iléon et pourra même dépasser la ligne médiane ; externe, il se mettra en rapport avec le muscle psoas-iliaque. Testut donne comme plus fréquente la situation descendante.

Nous verrons combien cette variabilité des rapports rend difficile le diagnostic de l'appendicite.

M. Vautrin, dans une communication à la Société de médecine de Nancy, signale la fréquence des anomalies de l'appendicite, et il les range en trois classes se rapportant aux diverses causes d'ectopie de l'appendice.

« 1° Anomalies par suite d'adhérences prises dans la vie fœtale. Ces adhérences peuvent exister avec les organes de l'hypochondre droit où le cœcum se trouve avant la naissance, avec le foie, la vésicule biliaire, le rein, le duodénum. Elles donnent lieu à des appendicites intra ou extra-péritonéales, à des péritonites sous-hépatiques ou à des phlegmons périnéphrétiques et perihépatiques.

Les adhérences peuvent exister avec le testicule ou l'ovaire, qui, dans leur descente entraînent l'appendice en ectopie inférieure ; de là, des appendicites herniaires chez l'homme et des appendicites pelviennes chez la

femme, et qui peuvent être confondues avec la salpingite, la périmétrite et même l'hématocèle.

2° Les anomalies par suite de malformation ou de migration du cœcum ont pour cause un arrêt de développement de l'ampoule cœcale, qui peut rester dans l'hypochondre droit au voisinage du foie, ou an déplacement du cœcum dans la cavité abdominale. Ces déplacements tiennent généralement à une laxité très grande du méso-cœcum. Le cœcum et l'appendice en état de migration ont été rencontrés dans tous les points de la cavité abdominale, dans les deux fosses iliaques, le bassin, l'hypochondre gauche, etc.

3° Les appendicites anormales par suite de changement de rapport entre l'appendice et le cœcum, sont les plus fréquentes. L'appendice peut être très long et très mobile. On le trouve dans la cavité abdominale au milieu des anses intestinales, où il crée, en s'enflammant, des péritonites enkystées. Ces poches purulentes péritonéales peuvent être multiples. Lorsque l'appendice enflammé ne prend pas d'adhérences avec les parties voisines, il peut allumer une péritonite généralisée subite, qui entraîne la mort du malade.

L'appendice se trouve quelquefois en ectopie rétrocæcale, c'est-à-dire replié au dessous du cæcum, en dehors du péritoine. Les appendicites rétro-cœcales produisent des collections qui peuvent fuser vers les régions rénales ou pelviennes (1). »

(1) Vautrin. — *Communication à la Société de médecine de Nancy*. Nov. 1897.

Le simple examen des rapports possibles de l'appendice nous donne une idée de ce que pourra être le diagnostic dans certains cas assez fréquents, et nous sommes loin de partager l'opinion du docteur Bauby, qui, dans une thèse soutenue récemment, résume les opinions de divers auteurs et dit : « Nous pouvons presque toujours, pour ne pas dire toujours, différencier une appendicite de la typhlo-colite, de la colique hépatique, de la colique néphrétique, de l'occlusion intestinale, de la colique de plomb, de la hernie droite concomittante, de la salpingite, de l'embarras gastrique infantile, même au début de ces affections. » Et pour cela, il suffit, ajoute le docteur Bauby, de trouver au point de Mac Burney la fameuse triade symptomatique, douleur, défense musculaire, hyperesthésie cutanée ; un seul doigt posé au bon endroit et le diagnostic est fait.

Dans la pratique, la chose n'est malheureusement pas aussi simple, et pour notre part, nous croyons, qu'elle est plus difficile et même quelquefois extrêmement difficile, comme le montrent les exemples cités par des auteurs que l'on ne peut soupçonner de négligence dans leurs examens.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE DE L'APPENDICITE

Énumérons rapidement les symptômes classiques de l'appendicite et cherchons, s'il en est de vraiment pathognomoniques.

Ces signes sont objectifs et subjectifs.

Les signes objectifs, sont la tuméfaction et l'élévation de la température.

La tuméfaction peut se présenter, soit sous forme d'une induration fixe siégeant dans la fosse iliaque droite, pouvant atteindre le volume d'un œuf; soit sous la forme d'une petite tumeur allongée mobile, de la grosseur du doigt, la percussion donne un peu de submatité.

Dans le premier cas, il s'agit d'une appendicite ayant contracté des adhérences avec les parties voi-

sines, dans le second, l'appendice est seulement hypertrophié et comme en érection.

Malheureusement les occasions où l'on peut apprécier ces signes sont très rares, et cela pour plusieurs raisons : épaisseur de la paroi, sensibilité exagérée de l'abdomen, défense musculaire. Le chloroforme pourrait faciliter l'examen, mais les malades le redoutent davantage que l'opération elle-même; il ne faut donc pas beaucoup compter sur ces signes objectifs, car la température n'a rien de caractéristique, certaines appendicites à anaérobies sont apyrétiques.

Les signes subjectifs constituent la triade douloureuse de M. Dieulafoy: douleur en un point fixe, défense musculaire, hyperesthésie cutanée.

Cette douleur revêt des caractères différents, on l'a comparée à un coup de pistolet, à une épine, à un poids, elle peut être paroxystique, mais elle est quelquefois continue, une seule chose paraît établie, elle siège au point de Mac Burney à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; mais lorsque l'abdomen est douloureux dans toute son étendue, il est bien difficile de localiser exactement le point de départ ou le maximum de la douleur ; d'autre part, lorsque le cœcum est en ectopie le principal signe manque forcément.

La défense musculaire se rencontre chaque fois que par leur contraction les grands droits peuvent protéger une lésion sous-jacente ; quand à l'hyperesthésie elle est variable avec chaque sujet.

Les signes commémoratifs tels que la constipation,

la colite muco membraneuse ou sableuse, des crises appendiculaires antérieures peuvent être utiles pour préciser le diagnostic ; mais il n'ont rien de constant et l'on observe l'appendicite chez des sujets atteints de diarrhée.

Les autres symptômes que l'on peut observer font partie du syndrome de la péritonite, ils éclatent lorsque l'infection s'est généralisée au péritoine, ils n'ont donc rien de certain, il faut avant tout connaître leur point de départ ; car ils peuvent tout aussi bien survenir à la suite d'une annexite, d'une perforation intestinale, ou de toute autre affection septique des organes abdominaux ou pelviens. Vomissements bilieux, élévation de température, signes d'obstruction intestinale, pouls petit et incomptable, tout cela n'a rien de bien caractéristique. Il n'existe donc pas de signe infaillible en présence duquel on puisse dire: voilà une appendicite. Ceux sur lesquels les auteurs ont jusqu'ici basé leur diagnostic, faute de mieux, sont les symptômes subjectifs, c'est-à-dire n'offrant rien de fixe et changeant de physionomie avec chaque malade.

Le diagnostic d'appendicite ne peut donc s'établir que d'après l'ensemble des symptômes, et d'après l'évolution, il se fait souvent par exclusion, et avouons-le, souvent aussi le bistouri à la main.

Nous n'avons pas la prétention de jeter un jour nouveau sur le diagnostic de l'appendicite, nous nous proposons seulement de réunir quelques faits, afin de montrer combien il faut être circonspect avant de mettre le malade sur la table d'opération, nous mon-

trerons combien l'appendicite anormale est fréquente et combien il faut être bon clinicien pour arriver à une certitude absolue.

OBSERVATION I (1). (M. Doléris)

Appendicite et annexite.

Il s'agit d'une femme de 24 ans, multipare, à qui je fis en 1892, une colporrhaphie et une ablation plastique du col pour une métrite chronique. En 1896, elle présenta des troubles attribués à un état gastro-intestinal. En 1897, elle eut une première crise douloureuse aiguë avec siège du côté droit de l'abdomen. Un repos absolu de dix jours fit disparaître tout symptôme inquiétant et le diagnostic de colique néphrétique fut formulé. Une deuxième atteinte de douleur paroxystique se produisit à Londres ; le diagnostic d'appendicite fut porté et une intervention conseillée.

Je revis la malade lors de sa troisième crise.

La palpation abdominale ne me donna aucun renseignement bien net ; mais, en poussant très haut le toucher digital par la voie vaginale, j'arrivai sur un point douloureux sans pouvoir cependant en préciser l'étendue. Je fis des réserves sur le

(1) *Communication à la Société obstétricale.*

diagnostic d'appendicite porté et pensai plutôt à une annexite droite.

Au cours de l'intervention, l'appendice muni d'un méso, apparut normal, sauf une légère vascularisation. Pas de péritonite adhésive sur son parcours ; j'en pratiquai néanmoins l'ablation.

Les annexes droites n'étaient pas prolobées, mais adhérentes sur la face postérieure du ligament large. L'ovaire droit présentait une folliculite qui devait se compliquer fréquemment d'apoplexie, car il y avait une tumeur surajoutée qui laissa échapper un caillot du volume du pouce. La trompe était à peu près saine. L'ablation suffit à amener la guérison des accidents.

Chez cette malade il a fallu presque trois ans pour arriver au diagnostic encore n'a-t-il été certain qu'après l'opération. Cette confusion des signes n'est pas très rare, presque tous les chirurgiens en citent des exemples, M. Lutaud entre autres a présenté à la société obstétricale, le 11 mars 1897, trois exemples dans lesquels des appendicites ont été prises pour des lésions des annexes droites.

OBSERVATION II (1)

Pyélite et appendicite.

Cette observation concerne un jeune homme de 17 ans qui eut une appendicite le 6 août 1898 ; il fut opéré le 7 août, et l'on trouva un abcès enkysté à contenu putride. Au bout de quinze jours, on dût ouvrir une autre collection suppurée occupant cette fois la fosse iliaque gauche.

Trois semaines après la première opération, il se produisit brusquement une ascension thermique atteignant 40° ; en même temps apparut, sur le rebord costal droit, une bosselure fluctuante ; à ce moment, les urines étaient rares (700 grammes pour les 24 heures). On pensa à un phlegmon périnéphrétique ; une ponction fut alors pratiquée et donna issue à 30 grammes d'un liquide jaunâtre et d'une limpidité parfaite ; on reconnut que c'était de l'urine.

Au bout de deux jours la tumeur s'affaissa et disparut ; en même temps le malade évacua par sa vessie 1200 grammes d'urine. Il s'agissait donc d'une rétention aiguë d'urine dans le bassinet droit.

Exeat le 3 octobre 1898.

Le 13 décembre, retour du patient qui souffre dans le ventre et est fébricitant (38°8) ; urines normales.

(1) H. Riese. Rapportée par M. Barozzi, *in Presse Médicale* (14 nov. 1899).

Le 14 décembre laparotomie médiane ; ablation de l'appendice qui renfermait 6 grammes de pus ; autour de lui on trouva une infinité d'adhérences qui s'étendaient autour de l'uretère droit et des vaisseaux iliaques, près de leur bifurcation ; ces adhérences furent respectées ; mais, huit jours plus tard, la température monta de nouveau et la tumeur rénale reparut ; urines rares (650 grammes en 24 heures) ; on fit une ponction qui donna issue de nouveau à de l'urine claire.

La fièvre persistant, on se décida à faire un deuxième laparotomie ; cette fois, on enleva les adhérences ; urines purulentes pendant quelques jours, puis rétrocession des accidents et guérison complète.

M. Riese cite un autre exemple semblable.

Dans les deux cas il fut assez heureux pour diagnostiquer l'appendicite. Mais s'il avait eu affaire à des appendicites plastiques évoluant sourdement sans fracas la cause de la pyelite fut restée cachée et l'intervention aurait été probablement différente et moins heureuse.

OBSERVATION III (1). (Inédite)

Cystite et appendicite.

Il s'agit d'un malade F..., employé aux halles, âgé de 20 ans.

Nous sommes appelés le 26 juillet dernier, en toute hâte, par la famille; en présence des symptômes que nous constatons, nous décidons l'opération immédiate.

Violente douleur au point de Mac Burney, hypéresthésie cutanée, météorisme, pouls à 110 et petit, température 39°.

Laparotomie latérale. On trouve un appendice bilobé, court, très gros et sphacélé qui nage pour ainsi dire dans une cavité remplie de sérosité louche et dont les parois sont formées par la vessie et des anses intestinales agglutinées par des fausses membranes.

En libérant les adhérences, on tombe sur deux autres poches franchement purulentes qui sont évacuées et drainées.

L'appendice est réséqué, le moignon est enfoui ainsi qu'une partie sphacelée du cœcum. Les suites opératoires sont excellentes et c'est seulement quelques jours après que nous pouvons connaître l'histoire de la maladie.

Depuis un an, F... a eu plusieurs crises douloureuses avec constipation qui se terminaient par une débâcle diarrhéique;

(1) Lefillfatre, chirurgien de l'infirmerie centrale.

il y a six mois, ses urines se troublèrent et l'on y constata la présence de pus, en même temps le malade avait de la difficulté à uriner. Ces symptômes furent mis sur le compte d'une cystite, mais on ne put trouver la porte d'entrée de cette infection vésicale. F... n'a jamais eu de blennorrhagie et n'a jamais été cathétérisé.

A la fin de juin le malade eut, à l'occasion d'un accès de grippe, une nouvelle crise qui cette fois le força à s'arrêter pendant huit jours et qui se termina comme les autres par de la diarrhée, les douleurs abdominales étaient rapportées à la cystite. Or, 5 jours après l'opération la pyurie a complètement disparu. L'examen des urines et celui du pus de la poche rétrovésicale ont donné l'un et l'autre du colibacille.

Jusqu'à notre intervention on avait pu croire le malade atteint simplement de cystite avec crise de colite muco membraneuse.

OBSERVATION IV (1).

Appendicite sous hépatique.

Le malade qui fait l'objet de cette observation est un garçon de onze ans, entré à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le professeur Lannelongue, le 12 décembre 1898.

(1) Glantenay. *In Presse Médicale,* 7 janv. 1899.

Sauf une coqueluche contractée à l'âge de sept ans, il n'a eu antérieurement aucune maladie.

Le 18 septembre 1898, il a présenté les signes d'une première crise appendiculaire qui a duré environ huit jours. Cette crise eut une évolution bénigne; toutefois, la douleur dans le flanc droit fut très vive, accompagnée de vomissements fréquents. La fièvre fut légère et le retentissement sur l'état général peu marqué. La thérapeutique consista en cataplasmes laudanisés et en purgatifs. La guérison n'a pas été parfaite, et l'enfant a continué de se plaindre fréquemment de violentes coliques, localisées au côté droit.

Le 10 décembre, moins de trois mois, par conséquent, après la première crise, l'enfant est repris d'accidents beaucoup plus intenses : douleurs très violentes dans l'hypocondre droit, vomissements incessants, élévation de la température à 39°. Le médecin appelé ordonne une purgation et un cataplasme laudanisé. Le lendemain, l'état général s'aggrave, mais les vomissements ont disparu. La purgation administrée la veille est restée sans effet.

Le lundi 12 décembre, l'enfant est amené à l'hôpital à 2 heures. Sa température est 39°,2; son pouls, à 120, est irrégulier, filant, avec deux ou trois intermittences par minute. Le facies est plombé, la langue sèche et rôtie, la respiration fréquente (30 mouvements respiratoires à la minute), avec, par instants, du hoquet. Le ventre est légèrement ballonné; le météorisme est généralisé. Du côté droit, à 4 ou 5 centimètres du rebord costal, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire, on trouve une zone de submatité, large comme la paume de la main, s'arrêtant, en bas, au niveau d'une ligne transversale passant par l'ombilic. C'est également à ce niveau

que se révèle, par la pression, le point douloureux maximum. Cette sensibilité s'atténue progressivement en descendant, et, dans la fosse iliaque droite, elle n'est pas beaucoup plus prononcée que dans le reste du ventre. Les vomissements ont cessé, la constipation est toujours absolue.

Nous portons, M. Dujardin et moi, le diagnostic d'abcès appendiculaire, haut situé et profondément placé derrière le cœcum, ou tout au moins, un certain nombre d'anses intestinales, avec retentissement péritonéal généralisé. L'intervention immédiate est décidée.

Je fais, dans le flanc droit, une incision haut située, qui commence à un travers de doigt au-dessous du rebord costal, descend rectiligne jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, passant à un travers de doigt en dedans d'elle et se recourbant légèrement à son niveau pour se prolonger un peu en dedans. La peau et les muscles incisés, la grande cavité péritonéale est ouverte, et il s'écoule une quantité assez abondante de liquide trouble, sans odeur. Les anses intestinales situées au voisinage de la plaie paraissent très vascularisées, mais libres, non agglutinées par des fausses membranes.

Je m'occupe immédiatement de la recherche de l'abcès appendiculaire qui, conformément au diagnostic posé avant l'intervention, me paraît devoir être situé derrière une anse intestinale volumineuse, verticalement placée dans la fosse iliaque droite, et se prolongeant directement en haut dans la région lombaire. En raison de sa situation, de son volume et de son application directe contre la paroi par le péritoine, je crois reconnaître, tout d'abord, la portion droite du gros intestin, cœcum et côlon ascendant.

Cependant, je suis bientôt frappé de l'absence de bosse-

lures et d'appendices épiploïques à la surface de ce segment intestinal. Je m'assure qu'en bas il se continue directement avec une anse située au devant du promontoire, et qu'il présente tous les caractères de l'intestin grêle; enfin, je reconnais manifestement le cæcum en position légèrement oblique sous le lobe droit du foie, en contact probable avec la vésicule biliaire. Je ne suis nullement surpris de cette constatation, qui vient confirmer, et, en quelque sorte, expliquer le diagnostic d'appendicite haut située, porté avant l'opération.

Après avoir protégé la grande cavité péritonéale avec des compresses, j'insinue le doigt dans le sinus formé par l'intestin avec la paroi postéro-latérale de l'abdomen. Cet angle est fermé par le feuillet pariétal du péritoine qui passe à la manière d'un pont de l'intestin sur la paroi. Avec l'index je perfore aisément ce mince feuillet séreux à sa partie supérieure, au voisinage du cæcum. Il s'écoule immédiatement un demi-verre d'un pus jaune d'odeur fécaloïde. En haut, le foyer est immédiatement limité par la face inférieure du foie; en bas, au contraire, il se prolonge en un long diverticule sous-péritonéal qui descend derrière la dernière anse de l'iléon, verticalement placée, jusqu'au voisinage du détroit supérieur. Je suis donc en présence d'une cavité dilatée en haut dans sa portion rétro-cæcale, rétrécie, et comme canaliculée, dans ses trois quarts inférieurs. Elle est circonscrite, en avant par l'intestin, cæcum et iléon, en arrière par le rein, la paroi lombaire et la fosse iliaque, en dedans par les adhérences de l'intestin au plan postérieur, en dehors par le péritoine pariétal unissant l'intestin à la paroi. J'incise ce feuillet péritonéal dans toute sa hauteur pour supprimer tout diverticule et faciliter le drainage.

L'appendice, très long et très flexueux, est lié à sa base, mais il est coupé par le fil. Je place un tamponnement à la gaze aseptique au niveau de son insertion ; un drain s'insinue derrière l'intestin, un autre est placé transversalement dans la cavité péritonéale. La cavité purulente est abondamment lavée, mais non le péritoine. La plaie est rétrécie par quelques points de suture en haut et en bas. Pansement.

Pas de perforation de l'appendice, mais trois petites plaques verdâtres, sphacéliques, à sa surface. L'ouverture nous montre que ses parois sont très épaissies, surtout la muqueuse et la sous-muqueuse ; sa surface interne est blanchâtre ; pas de corps étranger.

Le soir même de l'opération, le pouls est à 130° la température à 39° ; le ventre est très ballonné. On injecte 250 grammes de sérum par la voie sous-cutanée. Le lendemain on constate qu'il s'est écoulé fort peu de pus par les drains. L'état général est meilleur ; le pouls est à 110° ; la température à 38°,6 le matin, 39°,2 le soir. Le malade présente un ictère très net.

Le 14 et le 15, l'amélioration continue ; le 15, une selle est obtenue grâce à l'administration de calomel, et, dès ce moment, l'ictère commence à décroître.

Le 16, les deux drains sont retirés et remplacés par des mèches faites de gaze aseptique. Il n'y a pas de fistule stercorale, mais l'écoulement purulent est plus abondant qu'au début. L'état général est très satisfaisant ; le petit malade réclame de la nourriture. La température est à 37°,8 le soir et le pouls à 80.

A partir de ce jour, l'apyrexie est devenue absolue ; les selles se sont rétablies normalement et l'état de la plaie est

devenu tout à fait satisfaisant. La guérison peut être actuellement considérée comme définitive.

OBSERVATION V (1)

Appendicite et péritonisme hystérique.

D... Christian, âgé de 32 ans, cuisinier, entré dans mon service à l'hôpital Tenon, le 14 juin 1892, pour des crises abdominales d'une violence extrême, accompagnées de vomissements répétés. Ces crises se reproduisent à intervalles irréguliers, en général tous les 8 ou 10 jours, parfois deux et trois fois par jour. Elles débutent brusquement par une douleur dans la fosse iliaque droite et irradie bientôt dans tout le ventre. La douleur est telle que le malade se roule littéralement par terre, se tordant, se pliant en deux et prenant les positions les plus étranges pour calmer ses souffrances. Les vomissements surviennent aussitôt ; ils sont continuels et se répètent incessamment avec les efforts les plus pénibles ; les matières vomies sont muqueuses, bilieuses, verdâtres, parfois porracées. La crise a une durée variable de 15 ou 20 minutes à 1 ou 2 heures. Elle se calme assez rapidement sous l'influence d'une piqûre de morphine.

La vue du malade en proie à un de ces accès au moment de

(1) Ch. Talamon. *In Médecine Moderne*, 31 mars 1897.

la visite faisait croire à une crise tabétique gastrique ou gastro-intestinale. Mais il était impossible de trouver chez lui aucun autre signe qui permît de maintenir ce diagnostic. D'ailleurs, en l'examinant, on voyait sur la ligne médiane la cicatrice d'une laparotomie, et voici l'histoire qu'il raconta en pleurant et en se lamentant.

Jusqu'à 20 ans, il n'eut aucune maladie qui mérite d'être notée. En 1881, à la suite d'un mariage manqué, son caractère changea complètement. Il devint triste, maussade, taciturne, s'émotionnant à la moindre contrariété, pleurant facilement, ayant souvent des étouffements et des spasmes à la gorge ; toutefois, pas d'attaques de nerfs.

En 1883, il eut une blennorrhagie sans complications, mais qui le tracassa beaucoup et augmenta sa tristesse et ses inquiétudes nerveuses.

C'est en 1884 que, sans raison connue, il eut sa première crise de douleur dans la fosse iliaque droite avec vomissements. Cette crise le prit subitement pendant son travail ; les douleurs étaient atroces, il les compare à un « arrachement d'entrailles ». Ces crises se répétèrent pendant 2 mois, puis disparurent totalement pendant 1 an.

En 1885, les crises reparurent avec les mêmes caractères, et depuis lors n'ont pas cessé, se répétant tous les 8 ou tous les 15 jours, l'obligeant à interrompre son travail pendant plusieurs jours. Les difficultés de la vie matérielle venaient s'ajouter à ses souffrances. Son état cérébral était devenu lamentable ; il était poursuivi par des idées de suicide.

En septembre 1891, il se décida à entrer à l'hôpital, dans le service d'un de mes collègues de Tenon. Au bout de 3 semaines d'observation et de traitements divers, on le fit passer en chi-

rurgie avec le diagnostic d'appendicite à rechutes. M. Richelot pratiqua au mois d'octobre une laparotomie médiane sous-ombilicale pour aller à la recherche de l'appendice. Mais l'appendice resta introuvable ; on ne put d'ailleurs constater aucune lésion péritonéale ni la moindre trace d'inflammation dans la fosse iliaque droite. L'abdomen fut refermé et le malade guérit de l'opération sans incident. Mais il ne guérit pas de ses crises. L'opération ne lui procura même pas le bénéfice psychique qu'on pouvait espérer. Un mois après, les accès reparaissaient avec la même intensité.

M. Talamon cite dans le même article deux autres observations où les symptômes d'appendicite cédèrent complètement devant la menace d'une intervention chirurgicale.

OBSERVATION VI (1)

Appendicite avec occlusion.

Le samedi 5 mars dernier, M. V..., après avoir ressenti, dans la journée, des coliques intestinales qu'il désigne sous le nom de coliques de *miserere*, éprouve, à 7 heures du soir, de nouvelles coliques plus intenses ; elles sont si vives qu'il a une

(1) MM Albarran et Caussade. *In Presse Médicale*, 23 juillet 1898.

syncope. M. Riocreux, appelé en toute hâte, prescrit des opiacés Une heure après, grâce au calme relatif procuré par cette médication, il est possible d'interroger le malade.

Aux premières paroles qu'il nous adresse, un fait est établi tout d'abord, d'une manière évidente : il s'agit d'occlusion intestinale aiguë. Depuis trois jours, c'est-à-dire depuis le jeudi 3 mars, dans la matinée, il existe de la constipation ; depuis deux jours, il n'y a plus d'émission de gaz par l'anus ; les coliques survenues depuis la veille, 4 mars, vont en augmentant d'intensité. En même temps, l'appétit a disparu ; il n'y a ni hoquet, ni vomissement, mais il existe des nausées, des régurgitations à odeur fécaloïde ; ces régurgitations sont incessantes depuis le matin. Il y a de l'oligurie. La paroi abdominale est tellement tendue, qu'il est impossible de la déprimer, et l'abdomen est tellement météorisé, qu'il est impossible d'explorer les régions profondes. Le moindre frôlement de la peau provoque des coliques très douloureuses ; *il est impossible de rechercher ni hypéresthésie cutanée, ni défense musculaire localisée, ni empâtement, ni tumeur.* Il est seulement possible de délimiter une douleur ayant un siège plus spécial, non dans un point, mais dans une région. Cette douleur occupe la partie la plus externe de la fosse iliaque droite ; elle descend en suivant l'arcade de Fallope au dessous de laquelle elle semble se prolonger et irradie jusqu'à une hydrocèle volumineuse.

Il s'agit bien d'occlusion intestinale ; les anneaux inguinaux et cruraux gauches et droits sont libres ; il n'y a ni hernie, ni pointe de hernie au niveau de l'ombilic.

En présence des symptômes constatés, il fallait discuter l'intervention.

Mais, d'abord, quelle pouvait être la cause de cette occlu-

sion? Ni l'interrogatoire du malade, ni l'examen de l'abdomen ne pouvait donner aucun renseignement. Y avait-il lieu de s'arrêter à rechercher cette cause ? En pareil cas, le diagnostic posé avant l'intervention est presque toujours une erreur : volvulus, iléus, pincement latéral de l'intestin, étranglement dans des fossettes péritonéales anatomiques ou pathologiques, invagination par polype intestinal, obstruction par calcul biliaire ou par cancer, etc., etc. Tous ces diagnostics devaient se présenter à notre esprit ; aucun d'eux ne devait s'imposer à nous par des symptômes ou des signes de quelque valeur.

Il fallait, sans s'attarder à une discussion sans profit pour le malade, se décider à intervenir.

L'intervention était justifiée par l'inefficacité des moyens médicaux destinés à lutter contre l'affaiblissement général et la prostration du malade, par la longue durée des accidents et surtout par le résultat négatif de trois lavements électriques donnés à intervalles de six heures. Il n'y avait pas de fièvre ni d'hypothermie, le pouls était régulier et ample, le faciès n'était pas grippé, les extrémités n'étaient pas même refroidies. Et, cependant, le pronostic était grave. Les accidents, le 8 mars, allaient s'accentuant. Il fallait donc agir immédiatement et se décider pour une intervention rapide. Dans ce cas, la création d'un anus contre nature était l'opération de choix. La douleur ayant son siège maximum dans la fosse iliaque droite, et sur ses limites externes c'est à ce niveau que devait porter l'incision avec chance de réussite.

L'opération fut pratiquée le lundi 8 mars, à 11 heures. Un lavage de l'estomac, avant la chloroformisation, ramena 2 litres d'un liquide fécaloïde, précaution destinée à supprimer les vomissements qui, sans nul doute, seraient survenus pendant

l'opération. On évitait ainsi un accident redoutable qui, parfois, dans les mêmes circonstances, a été mortel, et, en même temps, apparaissait le dernier signe qui, jusqu'à ce moment, avait fait défaut : les vomissements fécaloïdes.

Dès que le péritoine est incisé, le bistouri découvre immédiatement au dessous de la séreuse une collection purulente dont le pus mal lié, à odeur fécaloïde, estimé à 40 grammes environ, est renfermé dans une poche à parois peu épaisses, poche circonscrite autour du cæcum, et dans la profondeur de laquelle apparut, après lavage, l'appendice replié sur lui-même, tortueux, grisâtre, aplati et adhérent au cœcum Il ne fut pas question de le réséquer ; quelques tractions exercées sur lui détachèrent quelques adhérences seulement. Les anses intestinales n'étaient ni coudées, ni bridées, ni enserrées par des adhérences fibreuses. Seul, le cæcum était recouvert sur sa face antérieure d'un léger dépôt de pus concret. Il n'y avait aucun obstacle matériel susceptible de s'opposer au cours des matières fécales. La poche purulente fut détergée, des drains et de longues mèches de gaze iodoformée furent placés dans la poche, et un pansement avec de la gaze iodoformée et de la ouate assura l'occlusion de la plaie.

Il fut aisé, en interrogeant de nouveau le malade et en lui posant des questions précises, d'apprendre que, depuis plusieurs années, il se plaignait de constipation. La constipation apparaissait chaque fois que le malade présentait des troubles dénommés par lui « embarras gastrique » ; elle disparaissait avec ces derniers. A ces moments survenaient des douleurs dans la fosse iliaque droite ; le malade était sujet à de l'anorexie, à des nausées et à des éructations. Les crises d'embarras gastrique étaient, sans nul doute, des attaques appendi-

culaires, dans l'intervalle desquelles persistaient une certaine pesanteur et des tiraillements siégeant toujours dans la fosse iliaque droite. La constipation était devenue plus tenace depuis plusieurs mois. Nombre de purgatifs avaient été pris sans changer une situation qui semblait devenue normale. C'est pourquoi le malade n'avait pas cru nous en faire part au premier interrogatoire.

On le voit, d'après ce dernier récit, c'est bien là l'histoire de l'appendicite à rechutes, laquelle, en général, est considérée comme relativement bénigne, en raison de son évolution lente, torpide, froide le plus souvent, facilitant les adhérences et les enkystements. Il faudra donc, à l'avenir, se méfier même de ces formes, qui, parfois, sont graves.

Il était évident que la cause de l'occlusion intestinale était l'appendice. La suite des événements l'a démontré d'une manière évidente.

Le surlendemain de l'opération, le mercredi 9 mars, survenait une première débâcle suivie, le lendemain, le jeudi 10 mars, d'une seconde. En même temps le météorisme disparaissait, l'abdomen devenait souple Aucune complication, ni péritonéale, ni hépatique, ni pulmonaire, ni pleurétique ne s'annonçait ; il n'y avait plus ni nausées, ni régurgitation fécaloïde qui avaient complètement disparu à la suite d'un second lavage de l'estomac. L'appétit était revenu. La température oscillait autour de 37° et 37'3. Le pouls était régulier, ample et fort. Mais, il existait une grande faiblesse, le facies était terreux, la plaie ne bourgeonnait pas ; elle était sèche et noirâtre, les pansements étaient retirés sans qu'ils soient même humectés.

Ces signes locaux permirent à l'un de nous de porter un pronostic grave, malgré l'amélioration de l'état général.

En effet, le dimanche 13 mars, eans la nuit, le pouls faiblissait, et, malgré des injections de 2 ou 3 litres de sérum artificiel répétées tous les jours depuis l'opération, c'est-à-dire malgré l'injection de 20 litres de sérum artificiel en huit jours et une diurèse abondante, le malade mourait dans le collapsus, douze jours après le début des symptômes d'occlusion intestinale confirmée huit jours après l'intervention chirurgicale.

Sans nul noute, la mort est survenue du fait de l'intoxication. Il faut se rappeler combien la cavité close est une source de produits toxiques. M. le professeur Dieulafoy, rappelant et complétant les expériences de MM. Hartmann et Mignot, l'a démontré avec l'aide de l'un de nous par des expériences probantes Les nombreuses et considérables injections de sérum que nous avons pratiquées ont été insuffisantes à débarrasser l'organisme des poisons qu'il contenait.

Nous voyons dans cette observation combien un diagnostic précis était difficile ; le point de Mac Burney était impossible à préciser et tous les autres signes impossibles à rechercher. Et pourtant si le diagnostic eut été précoce, le malade aurait bénéficié de la suppression du foyer d'intoxication et peut-êre le résultat aurait-il été différent.

OBSERVATION VII (1)

Appendicite et traumatisme.

Le 13 septembre 1893, on m'apporte à l'hôpital un garçon de 8 ans qui, la veille était rentré de l'école très souffrant à la suite d'un coup de pied qu'un camarade lui avait envoyé dans le flanc droit. Il refuse de dîner, vomit trois fois dans la nuit, rend quelques gardes-robes, noires, me dit-on. Le lendemain, je trouve un enfant ne vomissant plus, le pouls et la température sont bons ; le ventre est douloureux et dur, mais je n'y trouve par la palpation et la percussion aucun foyer localisé. Après avoir songé un instant à l'appendicite, je conclus, en raison du commémoratif très net de coup de pied à une contusion abdominale, probablement sans rupture intestinale, et j'ordonne glace et opium. Mon erreur est-elle excusable ? Ce n'est pas à moi à en juger ; mais c'est sûrement une erreur. Le 22 au matin, l'enfant allant assez bien, quoique la face fût un peu plus grippée, je me demandais si j'étais dans le droit chemin, car il y avait un peu de résistance et de matité de la fosse iliaque ; mais je n'eus pas le temps de rectifier mon diagnostic, car à 3 heures de l'après-midi, commencèrent des vomissements bilieux avec douleurs abdominales très vives et hyperthermie.

Appelé d'urgence, M. Legueu fit le soir une laparotomie

(1) Broca. — *Bulletin médical*, 28 février 1900.

médiane et draîna une collection iliaque droite, ce qui n'empêcha pas l'enfant de succomber le lendemain à une péritonite suppurée que révéla l'autopsie. Et on put alors constater que l'appendice, largement perforé, avait causé, comme foyer initial un gros abcès pelvien non draîné ; ce qui explique que, la fosse iliaque étant libre, les premiers jours, je n'ai pas porté le diagnostic exact.

Là encore, les symptômes classiques de l'appendicite ont fait défaut. La temporisation de M. Broca en présence des faits qu'il observait était légitime et cependant le malade a succombé à une appendicite méconnue.

OBSERVATION VIII (1)

Appendicite et colique de plomb.

En mars 1894, on apportait à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Gaucher dont j'étais alors l'interne, un peintre en bâtiments souffrant depuis la veille de douleurs atroces dans le ventre.

La visite venait de se terminer ; j'étais seul dans la salle. Je m'approchai du malade et, avant même que j'eusse le temps de l'interroger, il me dit : « J'ai des coliques de plomb ; j'en ai déjà eu il y a deux ans, je sais ce que c'est : piquez-moi à la morphine ! » Je l'examinai : Facies anxieux et pâle, couvert de sueurs froides ; lèvres pincées et blêmes ; yeux excavés ;

(1) Emile Sergent. — *In Presse Médicale*, 8 mars 1899.

langue sèche mais propre ; liseré saturnin des plus nets sur les gencives; poul serré, tendu, presque filiforme, mais parfaitement régulier ; ventre nullement ballonné, fortement contracté, douleurs violentes dans l'abdomen sans prédominance en aucun point, exagérées par le moindre attouchement et légèrement atténuées par la pression prolongée au niveau de l'ombilic ; pas de fièvre, plutôt hypothermie légère (36°,6) ; rien au cœur ni aux poumons.

Voilà bien le syndrome classique de la colique de plomb ; aucun doute n'était possible, étant donné surtout la profession du malade et l'avertissement dont il avait cru devoir m'éclairer : « J'en ai eu il y a deux ans, je sais ce que c'est ! » Je me rendis donc à son désir avec d'autant plus de bonne volonté que je réalisais ainsi la plus urgente, la plus opportune des indications thérapeutiques; je le piquai à la morphine. Puis, je prescrivis le repos complet, le miel soufré, un purgatif pour le lendemain matin et l'application de cataplasmes laudanisés sur le ventre, me réservant de recourir de nouveau à la morphine si besoin était.

Très soulagé à la suite de sa piqûre de morphine, le malade s'endormit pendant une bonne heure, rendit à son réveil, et sans souffrances, une centaine de grammes d'une urine claire qui ne contenait aucune trace d'albumine, émit plusieurs gaz par l'anus, mais n'eut aucune selle.

Vers la fin de l'après-midi, les coliques le reprirent avec la même violence, et il vomit deux fois en une heure le lait qu'il venait de boire. Le pouls restait régulier, serré et tendu.

Dans la soirée, en raison de l'intensité des coliques, je dus faire une seconde piqûre de morphine. La nuit fut assez bonne ; le malade dormit un peu et se plaignit moins.

Quand M. Gaucher le vit, le lendemain matin, il confirma le diagnostic de coliques de plomb et fit continuer le traitement prescrit la veille. Le malade semblait beaucoup mieux déjà et nous étions en droit d'attendre une guérison prochaine. Or, vers 3 heures de l'après-midi, on m'envoya chercher en toute hâte au laboratoire; le malade venait de vomir à pleine bouche un liquide verdâtre qui couvrait ses draps; sa tête était retombée sur l'oreiller; la face était exsangue, les yeux « retournés dans l'orbite »; le pouls était imperceptible. J'essayai par tous les moyens de le ranimer (éther, caféine, tractions rythmées de la langue, etc.), rien n'y fit, il mourut dans sa syncope.

L'autopsie devait nous réserver une véritable surprise et nous donner l'explication de cette terminaison imprévue : Un liquide louche fusait entre les anses intestinales, et cette péritonite généralisée avait son origine dans une appendicite gangréneuse; l'appendice était perforé en deux endroits, complètement libre et dépourvu d'adhérences; cette « colique de plomb » n'était qu'une appendicite suraiguë perforante !

M. Sergent rapporte à la suite de celle-ci une seconde observation où le diagnostic a encore été hésitant pendant plusieurs jours, mais cette fois par bonheur pour le malade, il s'agissait d'une appendicite à évolution progressive, restée longtemps torpide et ayant progressé par poussées inflammatoires successives.

OBSERVATION IX (1)

Étranglement du côlon simulant une appendicite.

Il s'agit d'un malade qui ressentit brusquement une douleur

(1) J. Vitrac. — *Communication à la soc. méd. de Bordeaux.*

dans le flanc droit. Il n'était pas constipé habituellement; mais, à partir de ce moment, les selles furent supprimées, peu à peu apparurent les signes d'une obstruction totale. Au neuvième jour le ventre était ballonné, un peu au-dessus de la fosse iliaque droite existait un point limité très douloureux, quelques vomissements survinrent.

Le dixième jour, laparotomie latérale; malgré les précautions prises, une adhérence pariétale se rompit et on aperçut une perforation du côlon ascendant; l'appendice occupait *la position externe type* et était adhérent. Mort dans la journée. A l'autopsie on trouva le cœcum et l'appendice normaux. Les tuniques du cœcum sont dissociées par le pus. Au dessous du point d'étranglement existait un énorme épanchement de sang.

Que serait-il arrivé si le diagnostic d'étranglement simple eût été fait?

L'opération aurait eu lieu plus tôt, on n'aurait pas attendu le refroidissement de l'appendicite pour opérer. De plus les lésions étant localisées sur le côlon, on n'aurait pas rompu les adhérences en recherchant d'abord un appendice qui n'était pas en cause; et le résultat aurait été tout autre.

OBSERVATION X (1)

Ulcérations tuberculeuses du cœcum simulant une appendicite.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, admise le 18 février 1897 à la clinique de Saint Mary's Hospital, comme souffrant du ventre depuis 18 mois. En mai 1896, elle fut prise de douleurs

(1) Herbert W. Page, *In Lancet*, 1897.

dans la fosse iliaque droite, avec vomissements et constipation. Des attaques du même genre, deux ou trois, se suivirent à grands intervalles et, dans une dernière qui survint peu de temps après l'entrée à l'hôpital, on sentit nettement une tuméfaction dans la région iliaque. L'utérus et les ovaires étaient sains et après l'anesthésie on put sentir dans la région cœcale une petite masse indurée.

La température étant tombée, l'opération fut décidée. La malade, quoique pâle et maigre, ne présentait aucun symptôme de tuberculose, malgré d'anciennes cicatrices du cou.

L'opération eut lieu le 30 mars, on trouva des adhérences anciennes et solides qui entouraient le cœcum et l'unissaient à la paroi abdominale et à celle de la fosse iliaque formant une grosseur du volume d'un œuf de poule. L'appendice fut trouvé et enlevé, il était absolument sain. La malade mourut au bout de trois jours.

L'autopsie montra que le cœcum était ulcéré et épaissi par une inflammation chronique et il présentait au niveau de sa jonction avec le côlon un rétrécissement très serré, presque cartilagineux. Au dessous de ce rétrécissement était une ulcération ayant perforé l'intestin, l'examen microscopique montra la nature tuberculeuse de ces lésions.

Ici encore nous voyons l'importance qu'aurait eu un diagnostic précis, car au lieu d'aller réséquer un appendice sain, l'auteur aurait respecté une lésion contre laquelle l'organisme se défendait très bien puisque le cœcum était adhérent de toutes parts.

OBSERVATION XI (Personnelle).

Appendicite et Helminthiase.

Au mois de février 1899, alors que nous remplacions un confrère dans le département de l'Eure, nous fûmes appelé près de la femme P. qui avait des douleurs abdominales épouvantables.

La malade, âgée de 31 ans, bien constituée, n'a jamais eu de maladie et se portait très bien jusqu'à il y a un an, époque à laquelle elle vint habiter le pays. Depuis ce temps elle a eu trois ou quatre crises douloureuses. En l'interrogeant, nous apprenons qu'elle est généralement constipée, qu'elle est très nerveuse, que ses crises chaque fois ont un début brusque et la forcent pour ainsi dire à se coucher où elle se trouve.

La douleur part de la fosse iliaque gauche et s'irradie dans tout le ventre, pour la première fois, le jour où nous venons, la malade a eu des vomissements alimentaires, puis bilieux. Le pouls est petit, rapide, température 38°5, la palpation de l'abdomen est excessivement douloureuse, le moindre effleurement de la paroi sur le côté droit provoque une douleur intense et une défense musculaire immédiate.

Nous portons le diagnostic de crise appendiculaire chez une nerveuse, et nous faisons une piqûre de morphine et prescrivons la glace et l'opium

Le lendemain notre malade est dans le même état, elle a rendu des gaz par l'anus, mais depuis quatre jours elle n'a pas été à la garde-robe. La piqûre a amené un soulagement mo-

mentané, mais les vomissements persistent, la température est de 38°; nous continuons le même traitement, et nous préparons l'entourage à l'idée d'une intervention chirurgicale possible.

Le surlendemain, même état, mais avant notre arrivée, la malade vient de rendre avec un peu de sang un lombric vivant de 15 centimètres.

Nous faisons une nouvelle piqûre, nous ordonnons des pilules de glace et une bonne dose de santonine, suivie d'huile de ricin. Dans la nuit la malade a une débâcle et évacue six gros lombrics. Le lendemain les douleurs ont cessé, tout est rentré dans l'état normal. La semaine suivante nous provoquons l'expulsion de nouveaux vers.

Nous savons depuis qu'il n'existe dans la région ni sources, ni puits, que l'eau vient des mares ou des citernes, qui sont fréquemment contaminées.

CHAPITRE IV

DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE

Dans ces observations nous avons vu l'appendicite méconnue, tantôt parce qu'elle ne présentait pas les symptômes qui lui sont généralement attribués, tantôt parce qu'elle était cachée par une autre affection, soit générale, comme une colique de plomb, soit locale comme une salpingite ; enfin, d'autres lésions ont été prises pour l'appendicite et opérée dans de fâcheuses conditions.

Toutes ces erreurs viennent d'un diagnostic difficile ou impossible à préciser, avons-nous dit, et cela pour plusieurs raisons.

1° Nous avons vu, dans notre chapitre II, l'insuffisance fréquente des symptômes.

2° Nous avons signalé l'influence des variations de rapports de l'appendice iléo-cœcal si bien décrites par M. Vautrin à la société de médecine de Nancy.

Nos observations permettent de découvrir deux nouvelles causes :

3° L'hystérie qui imprime à l'affection une intensité anormale chez un sujet porteur d'une lésion peu grave ou même qui n'existe pas.

4° Les affections locales voisines qui simulent l'appendicite.

Nous rangerons donc les appendicites difficiles à diagnostiquer en trois classes :

1° Appendicites anormales anatomiquement ;

2° Appendicites nerveuses ;

3° Pseudo-appendicites ;

Examinons a présent nos différentes observations au point de vue des difficultés de diagnostic qu'elles ont présentés et des conséquences qui en sont résultées.

Notre observation I rapportée par M. Doléris concerne une annexite qui fut prise et opérée pour une appendicite.

L'auteur est d'avis avec MM. Treub, Clado et Bouilly que le diagnostic est difficile, quelquefois impossible à faire.

Lorsque l'affection survient après une grossesse, les annexes peuvent par suite d'adhérences rester très élevées dans l'abdomen, elles sont inabordables par le toucher, le siége de la douleur se confond avec celui de l'appendice, la palpation ne peut servir à faire la différence ; seuls dans quelques cas les commémoratifs peuvent être utiles. On a en faveur de l'appendicite une constipation opiniâtre, des crises douloureuses antérieures, l'intégrité des organes génitaux ; encore est-il bien difficile de faire un diagnostic avec de tels éléments. Et cependant il est là de première utilité, car on ne peut songer à sacrifier la trompe et l'ovaire avec autant de facilité que l'appendice, puisque l'on a reconnu qu'une inflammation prolongée n'oblitérait pas

toujours la trompe. L'opportunité de l'intervention dépend donc là du diagnostic. S'il s'agit d'une annexite on peut et l'on doit attendre et tenter tous les moyens possibles pour éviter l'ablation d'organes importants, les indications sont toutes différentes s'il s'agit d'une appendicite.

Quelquefois une appendicite provoque par suite des rapports anormaux de l'appendice, des lésions de voisinage qui attirent d'abord l'attention. Si la cause reste cachée, la lésion ne peut guérir, et le traitement de cette lésion même peut être intempestif et aller à l'encontre de ce que l'on désire.

L'observation II empruntée à M. Rièse en est un exemple, il s'agit d'une appendicite comprimant l'uretère et provoquant une pyelite, l'auteur fut assez heureux pour découvrir l'appendicite et rétablir le cours de la secrétion rénale.

Mais il eut très bien pu se faire, et le cas s'est présenté, que l'on se contente d'ouvrir le rein, croyant à une pyelite calculeuse, créant ainsi une fistule intarissable, jusqu'à ce que l'appendicite évoluant d'une façon aiguë, on reconnaisse la cause de tout le mal. C'est d'ailleurs ce qui eut lieu chez un autre malade opéré par le même auteur, l'appendice fut heureusement enlevé secondairement et la fistule urinaire guérie immédiatement.

Dans l'observation suivante, le malade fut opérée par M. Lefilliâtre, chirurgien des prisons, d'une appendicite qui causa pendant longtemps une pyurie abondante, chez un malade n'ayant jamais eu de blenno-

rhagie, et ne présentant rien du côté des reins. Longtemps le malade fut traité pour une cystite, l'examen bactériologique décela du coli, ce qui aurait pu mettre sur la voie d'une infection d'origine intestinale. Puis, tout-à-coup, l'appendicite éclata et l'opération montra un appendice perforé baignant dans un abcès dont la vessie formait une des parois, la pyurie cessa cinq jours après l'opération qui fut pour ainsi dire pratiquée *in extremis*; l'absence de diagnostic précis faillit coûter la vie au malade.

Notre observation IV, rapportée par M. Glautenay, donne la mesure des différences de symptômes que peut revêtir l'appendicite. Il s'agit d'une appendicite sous-hépatique, par arrêt de migration du cœcum. Les signes cliniques tout à fait particuliers sont : Siège de la douleur maxima au dessus d'une ligne transversale passant par l'ombilic; pas de matité vraie, en raison de l'interposition de l'intestin entre la paroi et le foyer, mais plutôt de la submatité dont le siège coïncide avec la zone douloureuse; irradation de la sensibilité dans les parties déclives et jusque dans la fosse iliaque, inflammation du psoas empêchant l'extension du membre inférieur, ictère fugace sans réaction générale, que l'on ne peut comparer avec l'ictère toxique de certaines appendicites, si bien décrit par M. Dieulafoy. Il faut avouer qu'en présence de ces symptômes atypiques, plus d'un clinicien se trouverait fort embarrassé pour faire un diagnostic exact, et de telles appendicites risquent fort d'être méconnues.

Notre observation V empruntée au docteur Tala-

mon est un exemple d'appendicite anormale par réaction extraordinaire du sujet. Le chirurgien n'a pas pu découvrir l'appendice qui était probablement retro cœcal ; mais une autre observation publiée dans le même article montre un appendice à peine malade chez un sujet ayant présenté des symptômes très alarmants.

Ce qui, dans les cas semblables, doit faire penser à l'hystérie, ce sont les mouvements désordonnés du sujet, alors que dans l'appendicite vraie le malade craint le moindre changement de position. On devra alors rechercher les stigmates de l'hystérie, et si le malade présente une tumeur ou du tympanisme le chloroforme tranchera la difficulté ; si l'on se trouve en présence d'une appendicite nerveuse, ces symptômes disparaîtront pendant l'anesthésie. Ce sont là les seuls signes sur lesquels on puisse compter, car on peut trouver une élévation de température, un pouls fréquent et petit tout comme dans une appendicite avec perforation. L'observation de M. Talamon, montre une appendicite légère, à symptômes exaspérés par la névrose, mais le même auteur cite un malade chez lequel il obtint une guérison complète par la suggestion, et chez lequel l'appendice n'était pas par conséquent le substratum de manifestations névropathiques. On ne saurait donc être trop circonspect en présence des manifestations appendiculaires chez les nerveux.

Les observations VI, VII et VIII sont des exemples d'appendicites coexistant avec des affections voisines locales ou générales.

Dans la première empruntée à MM. Albarran et Caussade, rien absolument ne pouvait mettre sur la voie du diagnostic. Le tableau était celui de l'occlusion aiguë, mais il était impossible d'en découvrir l'origine. La fameuse triade douloureuse était impossible à rechercher, pas un seul signe ne pouvait faire soupçonner une lésion appendiculaire qui avait évolué jusque-là sourdement, en présence des signes d'obstruction progressive, les auteurs ne pouvaient agir autrement qu'ils l'ont fait, tous les moyens médicaux devaient être tentés, avant de recourir à une intervention sanglante. L'opération seule montra qu'il s'agissait d'une appendicite ayant probablement déterminé l'occlusion par voie réflexe. Mais la terminaison montre combien il eût été urgent de connaître le diagnostic dès le début, car le malade n'aurait probablement pas succombé si l'on avait supprimé le foyer de l'intoxication.

Cet exemple montre la mesure des variétes cliniques que peut revêtir l'appendicite, et montre qu'à côté d'une forme suraiguë perforante qui foudroye le malade, il existe des formes moins dramatiques mais qui n'en sont pas moins mortelles, et qui sont d'autant plus dangereuses que leur évolution se fait sourdement et qu'elles tuent par la diffusion de toxines secrétées dans un foyer qui peut rester caché, l'attention étant attirée par une autre affection.

Dans l'observation VII de M. Broca, il s'agit d'une appendicite ayant évolué sans symptômes appréciables et qui éclate brusquement à l'occasion d'un trauma-

tisme de l'abdomen. Sur quoi M. Broca aurait-il pu baser son diagnostic?

Le point de Mac Burney, la matité et l'hyperesthésie cutanée font défaut, le pouls et la température sont bons et cependant le malade succombe à une appendicite suppurée avec perforation.

L'observation VIII de M. Sergent, montre encore un exemple de diagnostic presque impossible. Chez ce malade, les caractères des douleurs appendiculaires étaient complètement dénaturés par le saturnisme, l'hyperesthésie cutanée était généralisée à tout l'abdomen, le point de Mac Burney était impossible à préciser, la douleur se calmait par la pression prolongée sur la région ombilicale, là encore le trépied symptomatique était en défaut et apportait une nouvelle preuve de son insuffisance. Le malade étant manifestement saturnin, tous les symptômes qu'il présentait étaient explicables par son intoxication et l'appendicite à laquelle il succomba si soudainement fut une trouvaille d'autopsie.

Les observations IX, X et XI sont des exemples de fausses appendicites.

La première que nous empruntons à M. Vitrac est l'histoire d'un étranglement du côlon pris pour une appendicite aiguë, dont on attendit le refroidissement.

L'opération faite trop tard, démontra une fois de plus l'importance d'un diagnostic précis.

Dans l'observation suivante, il s'agit d'une typhlite tuberculeuse prise pour une appendicite. La réunion des symptômes présentés par la malade laissait peu de doute, quant au diagnostic d'appendicite. Cependant,

l'appendice était absolument sain et l'autopsie montra une ulcération tuberculeuse et un retrécissement du cœcum. Ce cas prouve donc bien que les affections du cœcum peuvent, cet organe étant seul malade, causer des symptômes d'appendicites et faire porter un diagnostic erroné.

La même conclusion peut être tirée de la dernière observation qui nous est personnelle et dans laquelle, on voit la présence de lombrics dans le cœcum déterminer des symptômes d'appendicite. Si le hasard ne nous avait mis sur la voie du diagnostic, il est probable que cette malade eut été opérée.

Pour être complet, il nous aurait fallu citer encore une longue suite d'observations, dans lesquelles, l'appendicite à été confondue avec d'autres affections, ou réciproquement. Telle est celle de M. Tuffier qui opéra un typhique le croyant atteint d'appendicite ; celle de M. Monod, trouvant un appendice dans une hematocèle retro-utérine, celle de M. Roger, trouvant l'appendice perforé dans un abcès développé à l'intérieur du psoas ; celle de M. Siredey, où une ptose du rein fut prise pour une appendicite à rechute ; celle de M. Treub, montrant la confusion possible de l'appendicite et de la para-métrite ; celle de M. Le Deutu, qui, faisant une laparotomie pour appendicite, trouve un appendice sain et un abcès de la fosse iliaque gauche.

De tout cela, nous pouvons déduire deux points ; c'est que : 1° le diagnostic de l'appendicite est souvent très difficile.

2° Ce diagnostic est toujours très important à faire, car il donne des indications précises sur la conduite à tenir, sur l'opportunité de l'intervention, sur la nécessité d'opérer vite, de temporiser ou de s'abstenir.

Mais pour obtenir ces renseignements précieux, il faut que le diagnostic soit complet et qu'il réponde exactement à chacune de ces questions : Y a-t-il appendicite? — Si oui, à quelle forme clinique a-t-on à faire? — Quelles sont les complications qui sont imminentes?

Nos observations, que nous avons choisies à dessein parmi celles d'auteurs dont le sens clinique est universellement connu, montrent, combien il est difficile quelquefois d'éclaicir le premier point. Aucun des symptômes décrits dans l'appendicite n'est constant, le point de Mac Burney, lui-même, peut être impossible à déterminer sur un abdomen trés sensible ; ou bien il peut être déplacé, lorsque le cœcum est en ectopie, il peut même manquer complétement dans certaines appendicites àmarche torpide ; les autres signes tirés de la température, du pouls, de la sensibilité cutanée n'offrent pas plus de certitude.

D'un autre côté, quantité d'affections peuvent être prises pour des appendicites et tous les chirurgiens citent des exemples d'erreurs qu'ils n'ont pu éviter.

L'annexite, la pyelo-nephrite, l'occlusion intestinale, l'étranglement du côlon, la tuberculose intestinale ou péritonéale, l'helminthiase, la pyléphlébite, la fièvre typhoïde, l'entéro-colite, la colique de plomb, l'hysterie, le psoïtis peuvent tour a tour être pris pour une appen-

dicite ou dissimuler une lésion appendiculaire cachée ; il faut donc toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'erreur, encore sera-t-il souvent impossible de l'éviter.

Maintes fois on a exposé le diagnostic différentiel de toutes ces affections et les erreurs ne s'en renouvellent pas moins souvent ; ce qui prouve une fois de plus que la clinique ne s'apprend pas dans les traités, aussi complets qu'ils puissent être.

Enfin lorsque par la réunion de tous les signes on est arrivé à affirmer l'existence d'une appendicite, il reste à préciser à quelle variété clinique on a à faire, car tous les chirurgiens ne sont pas d'avis d'opérer immédiatement, sitôt le diagnostic fait. Et nous croyons que M. Lucas-Championnière est dans le vrai, lorsqu'il proclame à la tribune de l'académie de médecine, qu'il ne faut pas être trop radical en matière d'appendicite.

« Je crois, dit-il, que nous devons rester en défiance de nous-même, et ne pas nous laisser aller à considérer l'appendice comme devant être fatalement détruit dans la généralité des cas, et la résection comme le remède indiscutable et, du reste, absolument innocent.

Il est bien excessif d'admettre que, lorsqu'on ne rencontre pas l'appendice dans les foyers que l'on ouvre, ce soit lui le seul coupable ; il est résorbé, disparu, gangrené ! Dans d'autres circonstances, une salpingite ou de la tuberculose péritonéale peuvent simuler l'appendicite, et si l'on ouvre le ventre on trouve un appendice normal. L'encombrement et l'irritation intestinale peuvent déterminer des accidents simulant

l'appendicite. Tous ces faits sont connus des chirurgiens, et ont été maintes fois observés. »

Et M. Championnière termine en disant : « Quoique la mortalité soit très faible dans l'opération de l'appendicite, elle existe cependant et il faut en tenir compte ».

Le diagnostic fait, il faut répondre, avons-nous dit, à ces diverses questions :

Est-ce une appendicite suraiguë perforante ?

Une appendicite pariétale simple ?

Une appendicite subaiguë ?

Une appendicite aiguë avec péritonite ?

Une appendicite à rechute ?

Au premier abord la question semble facile à trancher et cependant, là encore, l'erreur est possible. L'appendice perforé peut s'ouvrir dans le péritoine alors que le malade ne souffre que très peu, ou même éprouve un soulagement, comme l'a montré M. Dieulafoy dans son article sur les accalmies traîtresses.

La réaction péritonéale est très différente chez chaque sujet. M. Joffroy cite le cas d'un malade opéré par M. Quénu qui s'est promené toute une journée et a dansé toute une nuit avec son appendice perforé. Par contre, une simple colique appendiculaire, sans lésion appréciable, peut revêtir, chez un sujet nerveux, un caractère tout à fait tragique qui semble nécessiter une rapide intervention, témoin la malade de M. Talamon chez laquelle on ne put même pas trouver l'appendice.

Il est bien certain que tous les cas n'offrent pas les difficultés que nous venons d'énumérer, mais il suffit

qu'elles existent, pour que l'on ne néglige pas de s'entourer de toutes les précautions possibles afin d'arriver à un bon diagnostic, en attendant qu'une connaissance plus approndie de l'affection nous apporte une base nouvelle pour appuyer notre certitude. Faute d'un diagnostic exact on peut opérer une hystérique ou un typhique, ou un saturnin, et on leur fait courir inutilement les risques d'une intervention sanglante, à laquelle ils peuvent succomber. En admettant que l'opération soit utile, même si la lésion n'est pas une appendicite, le manuel opératoire peut être différent ; on ouvrira par exemple par la voie transpéritonale un abcès du psoas, alors qu'on eût pu faire autrement si on l'avait diagnostiqué ; ou bien encore, on incisera une pyélite sans se rendre compte qu'une appendicite plastique comprimant l'uretère en est la cause.

L'appendicite est en somme nouvellement classée dans le cadre nosologique, son histoire ne date réellement que de quelques années, ses différents chapitres sont encore à l'étude ; les auteurs ne sont pas encore d'accord sur sa pathogénie, sur son étiologie, pas plus que sur son traitement.

Depuis Mélier, la question a fait certainement des progrès, mais elle est loin d'être complètement tranchée. Pas une des théories émises jusqu'ici ne peut expliquer tous les cas. Celle du vase clos n'est pas toujours suffisante, et nombreuses sont les appendicites qui sont opérées sans avoir présenté cette particularité. Tour à tour les auteurs ont incriminé, la colite muco-membraneuse ou sableuse, les corps étrangers

comme cause de l'appendicite, certains ont prétendu que l'appendicite était secondaire à une lésion du cœcum, d'autre que la typhlite était secondaire à l'appendicite. On a décrit des appendicites grippales, rhumatismales, pneumococciques, on a accusé l'arthritisme héréditaire ; tout cela ne fait qu'embrouiller le problème. Il est probable que la vérité est beaucoup plus simple, à notre avis, la bactériologie et l'anatomie pathologique n'ont pas dit leur dernier mot, et c'est d'elles que viendra probablement la solution définitive. La théorie qui nous semble la plus plausible, est celle-ci :

L'appendice est surtout constitué de tissu lymphoïde on l'a comparé à une amygdale abdominale ; de même que les amygdales, il réagit à toutes les infections générales, grippe, pneumonie, scarlatine, rhumatisme.

L'amygdale est un organe de défense, mais lorsque cette défense est vive, l'organe se fatigue et se trouve en état de moindre résistance ; c'est alors qu'il s'infecte pour son propre compte au début ou à la fin de maladies générales telles que la grippe, le rhumatisme, la scarlatine. Cette infection est encore favorisée par la présence dans les cryptes de micro-organismes nombreux vivant ordinairement à l'état de saprophytes, sous l'influence de la fluxion ils se trouvent enfermés dans les cryptes et le vase clos est réalisé.

L'appendicite est exactement comparable à une amygdalite quant au mécanisme de l'infection ; c'est ce qui explique que l'on ait pu décrire des appendicites

grippales, rhumatismales, pneumoniques, dans lesquelles on ne trouve cependant que le banal coli comme agent de la suppuration, ce qui n'a rien d'extraordinaire puisqu'il vit dans le gros intestin comme certains staphylocoques vivent dans la bouche.

Tous ces faits sont encore hypothétiques et ont besoin d'une démonstration, bien qu'ils semblent se rapprocher le plus de la vérité et qu'ils puissent expliquer tous les faits que l'on a signalés.

Lorsque ces points seront définitivement éclairés il est probable que le diagnostic bénéficiera de cette clarté. En attendant, nous croyons que devant l'incertitude où l'on se trouve si souvent, il faut être réservé dans le choix du traitement et, si l'on met de côté les les formes suraiguës décrites par M. Dieulafoy, dans tous les cas d'appendicites, il faut être prudent et ne pas oublier que l'erreur de diagnostic est extrêmement fréquente, et, qu'à côté des vraies appendicites, il y a des phénomènes pseudo-appendiculaires dûs à la typhlite, à la périty phlite et à l'encombrement intestinal qui sont justiciables d'un traitement médical.

Nous sommes donc ennemis du radicalisme à outrance et nous partageons l'opinion de M. Roux (de Lausanne), qui, au dernier congrès de chirurgie proclama l'insuffisance des signes dit pathognomoniques de l'appendicite, et dit : « J'affirme qu'en s'appuyant sur ces signes, on s'expose souvent à des erreurs, et je crois qu'il est dangereux d'opérer à chaud dans les premiers temps de la maladie, car on s'expose, dans les cas où le diagnostic est bon, à opérer dans de mau-

vaises conditions des appendicites bénignes qui tendaient à s'enkyster et que l'on aurait opérées avec succès plus tard. A mon avis, la formule de M. Dieulafoy est désastreuse pour les malades, et il ne faut pas toujours opérer immédiatement après que le diagnostic a été fait : il faut choisir son moment, attendre que les phénomènes de réaction péritonéale se soient calmés. Nous ne devons prendre le bistouri qu'à bon escient, avec sang froid et ne pas laparotomiser avec cet affolement qui semble s'être emparé aujourd'hui de la majorité des chirurgiens ».

Il nous semble en effet un peu exagéré de prétendre, comme l'ont fait certains opérateurs, que, dès qu'un malade souffre dans la fosse iliaque droite, on doit lui ouvrir le ventre.

On ne saurait trop s'élever contre cette fureur d'opérer qui règne en ce moment, et que Verneuil avait ironiquement désignée sous le nom de « *prurigo secandi* ».

L'opération, sans doute, a ses indications, mais malheureusement le diagnostic n'est pas souvent assez précis pour les donner infailliblement ; et M. le professeur Tillaux s'est élevé avec juste raison contre ceux qui publiaient qu' « avec un bon diagnostic, et une opération faite suivant les règles de l'art, on ne doit pas mourir d'appendicite ».

Une telle idée ne peut qu'être nuisible, car le diagnostic étant souvent impossible, s'il survient une terminaison fatale, on ne manquera pas de s'en prendre, au médecin ou au chirurgien.

CONCLUSIONS

1° Il est des cas, où, le diagnostic de l'appendicite offre des difficultés insurmontables.

2° Il faut autant que possible, s'efforcer de faire un diagnostic approfondi, afin d'en déduire l'opportunité d'une intervention.

3° Avec l'état actuel de nos connaissances, il est encore possible, malheureusement, de mourir d'appendicite, comme le montrent les observations que nous avons citées.

Vu : par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : par le Président,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Testut. — Traité d'anatomie.

Vitrac. — Commu. à la soc. d'anat. de Bordeaux, 1897.

Jeanselme. — Art. appendicite in manuel de médecine de Debove et Achard, t.

Talamon. — Appendicite et typhlite (Méd. mod., 1890). Appendicite et péritonisme hystérique (ibid. 1898).

L. Championnière. — Com. rend. de l'Acad. de Méd. (mars 1897)

H. Rendu. — Péritonisme et appendicite in médecine mod. (juin 1898).

Albarran et *Caussade.* — Appendicite avec occlusion (in Presse méd. (juillet 1898).

Hector Treub. — Rev. de gynéc. et de chir. abdom. (avril 1897).

Doleris. — Comp. rend. de la soc. obsté. et gynéc. (octobre 1897).

Monod. — Bull. de la soc. de chir. (8 déc. 1897).

Dieulafoy. — Presse méd. (fév. 1899). — Clinique de l'Hôtel-Dieu. — Man. de path. int. 11e édit. t. III et IV.

Sergent. — Presse méd. (1899).

Florand. — Comp. rend. de la soc. Méd. des Hôp. (mars 1899).

Syredey. — Comp. rend. de la soc. Méd. des Hôp. (mars 1897).

Roux (de Lausanne). — Congrès de chir. (oct. 1899).

H. Riese. — Langenbeck's archive für klinische chirurgie (1899, vol. LX).

Le Dentu. — Comptes rend. de la soc. de chir. (fév. 1900).

Melier. — Journ. gen. de méd. (1827).

Tuffier. — Gazette hebd. de méd. et de chir. (sept. 1899).

L. Galliard. — Art. appendicite in traité de Brouardel, Gilbert et Girode, t. IV.

Paris. — Boyer, imprimeur de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine.